

SERFF Tracking Number: AEGX-126117613 State: Arkansas
Filing Company: Stonebridge Life Insurance Company State Tracking Number: 42153
Company Tracking Number: HA AR0033415F02
TOI: H03I Individual Health - Accidental Death & Sub-TOI: H03I.000 Health - Accidental Death & Dismemberment
Product Name: Accidental Death
Project Name/Number: Accidental Death/HA AR0033415F02

Filing at a Glance

Company: Stonebridge Life Insurance Company

Product Name: Accidental Death SERFF Tr Num: AEGX-126117613 State: ArkansasLH

TOI: H03I Individual Health - Accidental Death SERFF Status: Closed State Tr Num: 42153
& Dismemberment

Sub-TOI: H03I.000 Health - Accidental Death & Co Tr Num: HA AR0033415F02 State Status: Approved-Closed
Dismemberment

Filing Type: Form

Co Status:

Reviewer(s): Rosalind Minor

Author: SPI ADMSLH

Disposition Date: 05/04/2009

Date Submitted: 04/16/2009

Disposition Status: Approved-Closed

Implementation Date Requested:

Implementation Date:

State Filing Description:

General Information

Project Name: Accidental Death

Status of Filing in Domicile:

Project Number: HA AR0033415F02

Date Approved in Domicile:

Requested Filing Mode: Informational

Domicile Status Comments:

Explanation for Combination/Other:

Market Type:

Submission Type: New Submission

Group Market Size:

Overall Rate Impact:

Group Market Type:

Filing Status Changed: 05/04/2009

Explanation for Other Group Market Type:

State Status Changed: 05/04/2009

Deemer Date:

Corresponding Filing Tracking Number:

Filing Description:

RE: Stonebridge Life Insurance Company

NAIC # 0468-65021

FEIN: 03-0164230

Individual Accidental Death and Dismemberment Policy D475AR - Spanish Translation

SERFF Tracking Number: AEGX-126117613 State: Arkansas
 Filing Company: Stonebridge Life Insurance Company State Tracking Number: 42153
 Company Tracking Number: HA AR0033415F02
 TOI: H03I Individual Health - Accidental Death & Sub-TOI: H03I.000 Health - Accidental Death & Dismemberment
 Dismemberment
 Product Name: Accidental Death
 Project Name/Number: Accidental Death/HA AR0033415F02

Company and Contact

Filing Contact Information

Margaret Frei, Filing Specialist mfrei@aegonusa.com
 2700 W Plano Parkway (972) 881-6289 [Phone]
 Plano, TX 75075 (972) 881-4097[FAX]

Filing Company Information

Stonebridge Life Insurance Company CoCode: 65021 State of Domicile: Vermont
 29 South Main Street Group Code: 468 Company Type: Life and Health
 Rutland, VT 05701-5014 Group Name: State ID Number:
 (410) 685-5500 ext. [Phone] FEIN Number: 03-0164230

Filing Fees

Fee Required? Yes
 Fee Amount: \$50.00
 Retaliatory? No
 Fee Explanation:
 Per Company: No

COMPANY	AMOUNT	DATE PROCESSED	TRANSACTION #
Stonebridge Life Insurance Company	\$50.00	04/16/2009	27216334

SERFF Tracking Number: AEGX-126117613 State: Arkansas
Filing Company: Stonebridge Life Insurance Company State Tracking Number: 42153
Company Tracking Number: HA AR0033415F02
TOI: H03I Individual Health - Accidental Death & Sub-TOI: H03I.000 Health - Accidental Death &
Dismemberment Dismemberment
Product Name: Accidental Death
Project Name/Number: Accidental Death/HA AR0033415F02

Correspondence Summary

Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Approved-Closed	Rosalind Minor	05/04/2009	05/04/2009

SERFF Tracking Number: AEGX-126117613 *State:* Arkansas
Filing Company: Stonebridge Life Insurance Company *State Tracking Number:* 42153
Company Tracking Number: HA AR0033415F02
TOI: H03I Individual Health - Accidental Death & *Sub-TOI:* H03I.000 Health - Accidental Death &
Dismemberment Dismemberment
Product Name: Accidental Death
Project Name/Number: Accidental Death/HA AR0033415F02

Disposition

Disposition Date: 05/04/2009

Implementation Date:

Status: Approved-Closed

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number: AEGX-126117613 State: Arkansas
 Filing Company: Stonebridge Life Insurance Company State Tracking Number: 42153
 Company Tracking Number: HA AR0033415F02
 TOI: H03I Individual Health - Accidental Death & Sub-TOI: H03I.000 Health - Accidental Death & Dismemberment
 Dismemberment
 Product Name: Accidental Death
 Project Name/Number: Accidental Death/HA AR0033415F02

Item Type	Item Name	Item Status	Public Access
Supporting Document	Flesch Certification	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Application	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Health - Actuarial Justification	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Outline of Coverage	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	D475AR Spanish Certification	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	OC D475 Spanish Certification	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	IGA026 Spanish Certification	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	IGA026AR Spanish Certification	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	IGA020-B Spanish Certification	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Cover Letter	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	AR - NAIC TRANSMITTAL DOCUMENT	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	AR - NAIC FORM FILING ATTACHMENT	Approved-Closed	Yes
Form	Individual Accidental Death and Dismemberment Policy	Approved-Closed	Yes
Form	Outline of Coverage	Approved-Closed	Yes
Form	Application	Approved-Closed	Yes
Form	Application	Approved-Closed	Yes
Form	Application	Approved-Closed	Yes

SERFF Tracking Number: AEGX-126117613 State: Arkansas
 Filing Company: Stonebridge Life Insurance Company State Tracking Number: 42153
 Company Tracking Number: HA AR0033415F02
 TOI: H03I Individual Health - Accidental Death & Sub-TOI: H03I.000 Health - Accidental Death & Dismemberment
 Dismemberment
 Product Name: Accidental Death
 Project Name/Number: Accidental Death/HA AR0033415F02

Form Schedule

Lead Form Number: D475AR

Review Status	Form Number	Form Type	Form Name	Action	Action Specific Data	Readability	Attachment
Approved-Closed	D475AR	Policy/Cont	Individual Accidental Death and Dismemberment Certificate Policy	Other	Other Explanation: Spanish Translation of original form	47	D475AR.PDF
Approved-Closed	OC D475	Policy/Cont	Outline of Coverage Certificate	Other	Other Explanation: Spanish translation of original form	46	OC D475.PDF
Approved-Closed	IGA026	Application/Enrollment Form	Application	Other	Other Explanation: Spanish translation of original form	46	IGA026.PDF
Approved-Closed	IGA026AR	Application/Enrollment Form	Application	Other	Other Explanation: Spanish translation of original form	46	IGA026AR.PDF
Approved-Closed	IGA020-B	Application/Enrollment Form	Application	Other	Other Explanation: Spanish translation of original form	54	IGA020-B.PDF

Stonebridge Life Insurance Company

Una compañía anónima

Sede principal: Rutland, Vermont
Oficina administrativa: [2700 West Plano Parkway, Plano, Texas 75075]

PÓLIZA POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

ESTA ES UNA PÓLIZA DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL Y NO PAGA BENEFICIOS DE SINIESTROS POR CUALQUIER OTRA CAUSA.

Stonebridge Life Insurance Company (en lo sucesivo denominada "nosotros" o "nuestro") ha emitido esta Póliza al Asegurado (en lo sucesivo denominado "usted" o "su"). Se le proporciona la cobertura a usted, el Asegurado, y a cualquier miembro familiar cubierto, sujeto a todas las exclusiones y disposiciones de esta Póliza.

DERECHO A REVISAR LA PÓLIZA DE [30/60/90 DÍAS]

Si no está satisfecho con este seguro, puede anularlo con la devolución de la presente Póliza a nuestra Oficina administrativa a los [30/60/90 días] siguientes de recibirla. Recibirá un reembolso completo de las primas que haya pagado.

LA PRESENTE NO SE PUEDE CANCELAR Y SU RENOVACIÓN ESTÁ GARANTIZADA DE POR VIDA

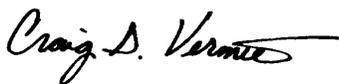
Usted puede mantener esta Póliza vigente durante toda su vida. No tenemos derecho a:

1. cancelar su cobertura; o
2. colocar alguna restricción en su cobertura mientras esté vigente; o
3. rechazar una prima pagada en su fecha de vencimiento o antes de ésta, o dentro del Período de Gracia.

No se pueden aumentar las primas de renovación.

Cuando se agrega o se elimina a una persona de la cobertura, el importe de la prima podrá ajustarse para reflejar el cambio en la cobertura. Las primas de renovación deben pagarse en el primer día de cada período de renovación. Su cobertura se vencerá si no paga las primas antes del final del Período de Gracia.

El Presidente y Secretario de Stonebridge Life Insurance Company firman la presente Póliza.



Secretario



Presidente

Contrafirma del agente residente registrado (si su estado lo requiere)

STONEBRIDGE LIFE INSURANCE COMPANY

LISTA DE BENEFICIOS DEL SEGURO

[NÚMERO DE LA PÓLIZA:] [72A0000000] [FECHA DE VIGENCIA:] [09/01/2002]

[ASEGURADO:] [JUAN PÉREZ]
[1234 ANY STREET]
[ANYTOWN, AR 12345]

[COBERTURA FAMILIAR:] [SÍ]

[PRIMA INICIAL PAGADA POR J. C. PENNEY CORPORATION, INC.]

[PRIMA INICIAL:] [\$1.00]

[PERÍODO INICIAL:] [30/60/90 DÍAS]

[PRIMA MENSUAL DESPUÉS DE LOS PRIMEROS [30/60/90] DÍAS:] [\$9.95]

[SEGURO POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL]

[IMPORTES DE CAPITAL:]

[MONTO]

[PERSONAS CUBIERTAS MENORES DE 70 AÑOS:]	[ASEGURADO]	[CÓNYUGE]	[CADA HIJO]
[PARTE I] [OPERADOR COMÚN]	[\$1,000,000]	[\$100,000]	[\$20,000]
[PARTE II] [AUTOMÓVIL DE PASAJERO PRIVADO Y VEHÍCULO TERRESTRE]	[\$120,000]	[\$50,000]	[\$5,000]
[PARTE III] [TODAS LAS DEMÁS LESIONES]	[\$60,000]	[\$25,000]	[\$5,000]

[PERSONAS CUBIERTAS DE 70 AÑOS DE EDAD EN ADELANTE:]

[LOS BENEFICIOS SON LA MITAD (50%) DE LOS MONTOS ANTES INDICADOS SI, ANTES DE LA FECHA DE LA LESIÓN QUE CAUSE EL SINIESTRO CON COBERTURA, LA PERSONA CUBIERTA HA ALCANZADO LA EDAD DE 70 AÑOS.]

[PARA CADA PERSONA CUBIERTA SE PAGARÁ SÓLO UN BENEFICIO, EL MAYOR, POR MÚLTIPLES SINIESTROS QUE RESULTEN DE UN ACCIDENTE.]

GUÍA PARA LAS DISPOSICIONES DE LA PÓLIZA

	Página		Página
Beneficiario	5	Disposiciones generales	6-7
Continuación de la cobertura	5	Hijos recién nacidos	5
Conversión	5	Lista de beneficios de la póliza para el seguro	2
Cobertura	4	Reducción	5
Definiciones	3	Renovabilidad	1
Fecha de vigencia	4	Derecho a revisar	1
Elegibilidad	4	Lista de beneficios	4
Exclusiones	5	Terminación	4

DEFINICIONES

ASEGURADO (en lo sucesivo denominado "usted" o "su") se refiere a usted, el Asegurado nombrado en la Lista de beneficios del Seguro, siempre que la cobertura esté vigente.

PERSONA CUBIERTA se refiere, sólo para fines de la cobertura, a usted y a las siguientes personas, siempre que la cobertura esté vigente:

1. su cónyuge; y
2. cada uno de sus hijos (incluidos hijastros, hijos adoptados legalmente o hijos en el período de espera previo a la finalización de la adopción propuesta por usted o su cónyuge, o recién nacidos que se adopten si la solicitud de adopción se presenta dentro de los 60 días posteriores al nacimiento) que tengan 18 años de edad o menores, sean solteros y dependan de usted para su apoyo y manutención; y
3. sus hijos solteros de 19 años de edad, pero menores de 23 años, si el (la) hijo(a) es:
 - a. estudiante a tiempo completo; y
 - b. dependiente de usted para su apoyo y manutención.

LESIÓN para la cual se proporcionan los beneficios, se refiere a las lesiones corporales causadas por un accidente, el cual ocurra mientras esta Póliza se encuentre vigente. La Lesión debe ser la causa directa del Siniestro, independientemente de una enfermedad o incapacidad física.

LESIONADO se refiere a la persona que ha sufrido una Lesión.

SINIESTRO se refiere a:

1. Pérdida de la vida;
2. Con referencia a las manos o los pies, la amputación completa hasta o por encima de la muñeca o la articulación del tobillo.
3. Con referencia a los ojos, la pérdida total e irrecuperable de la visión.

Siniestro no se refiere a la pérdida de uso.

AUTOMÓVIL DE PASAJEROS PRIVADO se refiere a un vehículo de cuatro ruedas, el cual se debe registrar ante el estado para el uso no comercial en las carreteras públicas; el cual no está registrado para transportar pasajeros mediante contratación y sirve para uso de placer, e incluye un vehículo station wagon, camioneta, todoterreno/jeep o vehículo tipo camión con una capacidad de carga de fábrica de 2.000 libras o menos, o los vehículos autopropulsados del tipo "casa rodante".

Quedan excluidos específicamente conforme a la designación de Automóviles de pasajeros privados los siguientes: equipos para granjas, montacargas, equipos para la construcción, vehículos recreacionales, motocicletas y motonetas, vehículos todoterreno, motos de nieve, vehículos diseñados principalmente para el uso todoterreno, y vehículos registrados para transportar pasajeros mediante contratación.

VEHÍCULO TERRESTRE incluye cualquier vehículo operado por gasolina, diesel o combustible similar, el cual se debe registrar ante el estado para su uso en las carreteras públicas, utilizados principalmente para el transporte terrestre y para el cual el operador debe tener una licencia.

Esta categoría incluye, entre otros, a los siguientes:

1. vehículos considerados como "Automóviles de pasajeros privados" por la Póliza; y
2. vehículos con más de cuatro ruedas, tales como los tractores, equipos de perforación y camiones con plataforma; y
3. vehículos registrados para transportar pasajeros mediante contratación; y
4. trenes.

Quedan excluidos específicamente conforme a la designación de Vehículos terrestres los siguientes: equipos para granjas, montacargas, equipos para la construcción, vehículos recreacionales, motocicletas y motonetas, vehículos todoterreno, motos de nieve y vehículos diseñados principalmente para el uso todoterreno.

OPERADOR COMÚN se refiere a un transporte público el cual:

1. tiene licencia para transportar pasajeros mediante contratación, emitida por una autoridad debidamente constituida la cual tiene jurisdicción en el estado o país en el cual opera dicho transporte; y
2. se proporciona y opera (a) para el servicio regular de pasajeros por tierra, agua o aire, y (b) en una ruta regular de pasajeros con horarios de salida y llegada publicados con regularidad, entre los puntos establecidos y reconocidos de salida y llegada; y
3. se proporciona y opera conforme a una licencia válida o especificaciones operativas para el transporte comercial al momento del Siniestro.

Las siguientes modalidades de transporte quedan excluidas específicamente de la designación de Operador común:

1. transporte fletado, incluidos autobuses, aviones, helicópteros y botes
2. taxis, limosinas y servicios de transporte
3. camionetas y autobuses escolares.

ELEGIBILIDAD

Si usted tiene entre 18 y 81 años de edad, es elegible para la cobertura conforme a esta Póliza para usted y para sus familiares elegibles.

FECHA DE VIGENCIA

La cobertura entrará en vigencia en la fecha indicada en la Lista de beneficios del Seguro.

TERMINACIÓN

Su seguro finaliza en el último día del período cubierto por su último pago de la prima, sujeto a la disposición del Período de Gracia.

Usted puede cancelar su cobertura al presentarnos una notificación previa. La notificación se considerará como exigible o presentada cuando se realice por escrito o se comunique verbalmente por teléfono o en persona, o por cualquier otro medio aceptable para nosotros. Salvo se solicite lo contrario, la cobertura se cancelará en la fecha en la cual se solicite la cancelación.

COBERTURA

PARTE I - BENEFICIO DE VIAJE EN OPERADOR COMÚN CON HORARIO REGULAR

Si una Persona Cubierta se lesiona como resultado directo de una colisión, choque o hundimiento de un Operador Común debidamente registrado mientras que se traslada como un pasajero que paga una tarifa, pagaremos los beneficios aplicables indicados en la Parte I de la Lista de beneficios del Seguro para el Siniestro correspondiente, según se establece en la Lista de Siniestros y Beneficios. Los beneficios para una

Lesión que resulte de un desastre natural, tal como un terremoto, son pagaderos conforme a la Parte III.

PARTE II - BENEFICIO DE VIAJE EN AUTOMÓVIL DE PASAJERO PRIVADO Y EN VEHÍCULO TERRESTRE

Si una Persona Cubierta se lesiona:

1. al ser atropellada por un Automóvil de pasajeros privado o un Vehículo terrestre, o
2. como resultado directo de una colisión o choque de un Automóvil de pasajeros privado o un Vehículo terrestre

pagaremos el beneficio aplicable especificado en la Parte II de la Lista de beneficios del Seguro para el Siniestro correspondiente, según se establece en la Lista de Siniestros y Beneficios. Los beneficios para una Lesión que resulte de un desastre natural, tal como un terremoto, son pagaderos conforme a la Parte III.

PARTE III - BENEFICIO PARA TODAS LAS DEMÁS LESIONES QUE RESULTEN EN UN SINIESTRO

Si una Persona Cubierta se lesiona en un accidente no cubierto conforme a la Parte I o II y que por otro lado no esté excluido en la Póliza, pagaremos el beneficio aplicable especificado en la Parte III de la Lista de beneficios del Seguro para el Siniestro correspondiente, según se establece en la Lista de Siniestros y Beneficios.

LISTA DE BENEFICIOS

MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

Si, como resultado de una Lesión que ocurra bajo cualquiera de las circunstancias indicadas en la sección de Cobertura, y que, por otro lado, no se excluya en el presente, una Persona Cubierta sufre cualquiera de los siguientes Siniestros en el plazo de los 90 días siguientes a la fecha de un accidente que cause tal Lesión, pagaremos los beneficios según se indican a continuación:

LISTA DE SINIESTROS Y BENEFICIOS

Vida	EL IMPORTE DE CAPITAL
Ambas manos o ambos pies	
o visión de ambos ojos	El importe de capital
Una mano y un pie	El importe de capital
Una mano y visión de un ojo	El importe de capital
Un pie y visión de un ojo	El importe de capital
Una mano y un pie o	
Visión de un ojo	La mitad del importe de capital

Los Importes de Capital para cada Persona Cubierta son los especificados en la Lista de beneficios del Seguro. Para cada Persona Cubierta se pagará sólo un beneficio, el mayor, por múltiples Siniestros que resulten de un accidente.

EXCLUSIONES

No se pagará ningún beneficio por un Siniestro o Lesión causado como resultado de:

1. una lesión autoinfligida de manera intencional, suicidio o intento de suicidio, ya sea que esté sano o enfermo (en Missouri, mientras que esté sano);
2. cualquier participación activa en un disturbio, insurrección o guerra, declarada o no;
3. la Persona Cubierta toma o usa algún narcótico, barbitúrico o cualquier otra droga o medicamento, salvo que lo tome o utilice según lo prescriba un Médico;
4. el nivel de alcohol en la sangre de la Persona Cubierta es de [.08] en la relación porcentaje-peso por volumen, o superior;
5. la Persona Cubierta opera o viaja en cualquier clase de aeronave, excepto como pasajero que paga boleto en un vuelo comercial programado.
6. la Persona Cubierta comete o intenta cometer un delito grave o un asalto, o participa en una actividad ilegal;
7. enfermedad, discapacidad física o su tratamiento médico o quirúrgico, incluido el diagnóstico (excepto las infecciones bacterianas que resulten de una Lesión) o enfermedad o afección mental.
8. envenenamiento o inhalación de gas tomado, administrado o inhalado de manera voluntaria; o
9. tomar alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante.

REDUCCIÓN

Todos los beneficios se reducirán por la [mitad (50%)] del monto pagadero si, antes de la fecha de la Lesión que cause el siniestro con cobertura, la Persona Cubierta ha alcanzado la edad de [70] años.

BENEFICIARIO

Todos los beneficios son pagaderos a usted, si vive. A menos de que usted especifique lo contrario, cualquier otro beneficio adeudado por muerte se pagará de la manera siguiente:

1. Luego de su muerte, se pagará a su cónyuge, si vive; de lo contrario, a su patrimonio.
2. Luego de la muerte de cualquier Persona Cubierta, se le pagará a usted, si vive; de lo contrario, se pagará como se indica en el numeral (1) anterior.

Todo pago realizado conforme a esta sección eximirá completamente a la Compañía hasta el grado de tal pago. Los beneficiarios designados pueden cambiarse de conformidad con la Disposición de Cambio de Beneficiario, sujeto a las leyes de bienes gananciales en su estado de residencia.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

En el caso de su fallecimiento, su cónyuge cubierto, si lo hay, será considerado como el (la) Asegurado(a). De lo

contrario, se terminará la cobertura en la siguiente fecha de renovación. Si su cónyuge deja de serlo por motivos distintos a su muerte, él/ella ya no estará cubierto(a) a partir de la próxima fecha de renovación mensual.

La cobertura para cualquier hijo(a) asegurado(a) cubierto(a) conforme a esta Póliza terminará a partir de la próxima fecha de renovación después del matrimonio del hijo(a) cubierto(a) o cuando cumpla 19 años de edad, lo que ocurra primero. Si un hijo(a) cubierto(a) está soltero(a), es un(a) estudiante a tiempo completo y depende del Asegurado para su apoyo y manutención, la cobertura conforme a esta Póliza terminará a partir de la próxima fecha de renovación después de que el hijo(a) cubierto(a) cumpla 23 años de edad.

Un hijo(a) cubierto(a) puede continuar con la cobertura si cuando alcance la edad límite, él o ella continúa siendo:

1. incapaz de tener un empleo para su manutención debido a una discapacidad física o mental; y
2. dependiente principalmente de usted para su apoyo y manutención.

Usted debe escribirnos para informarnos de que su hijo(a) cubierto(a) satisface los requisitos antes indicados para la Continuación de la Cobertura. Podemos exigir una prueba periódica de la elegibilidad continua para la Continuación de la Cobertura.

CONVERSIÓN

El hijo(a) o cónyuge cuya cobertura cese puede solicitar su propia Póliza en el plazo de los 31 días siguientes a la terminación de la cobertura. No se requerirá prueba de asegurabilidad. La nueva Póliza se emitirá:

1. en nuestro formulario para ese momento, con los beneficios similares, pero no mayores, a los indicados en esta Póliza; y
2. a la tasa para adultos para la edad alcanzada de la persona en ese momento.

La Fecha de Vigencia de la cobertura conforme a la nueva Póliza será la misma a la Fecha de Vigencia de la conversión. No pagaremos conforme a la nueva Póliza por cualquier Siniestro para el cual se hayan pagado beneficios en virtud de esta Póliza.

HIJOS RECIÉN NACIDOS

Si su cónyuge o hijos ya tienen cobertura conforme a esta Póliza y usted tiene un hijo, el importe del beneficio para el hijo recién nacido será el mismo aplicado para sus otros hijos. Si ningún otro hijo tiene cobertura conforme a esta Póliza, el beneficio será el importe que se habría emitido a los hijos a partir de la Fecha de Vigencia de esta Póliza.

En caso de que ni su cónyuge ni sus otros hijos(as) tengan cobertura conforme a esta Póliza, usted debe notificarnos sobre el nacimiento de un hijo(a) si desea agregarlo(a) a la cobertura. Habrá un aumento en la

prima a partir de la próxima fecha de renovación mensual después de que hayamos sido notificados sobre el nacimiento de su hijo. El hijo(a) tendrá cobertura gratuita desde el momento de la notificación hasta la fecha de renovación mensual. Se eliminará la cobertura del hijo(a) si no se paga la prima aumentada en el plazo de los 31 días siguientes a la fecha de renovación mensual. El beneficio del hijo(a) será el importe que se habría emitido para los hijos a partir de la Fecha de Vigencia de esta Póliza.

DISPOSICIONES GENERALES

CONTRATO INDIVISIBLE; CAMBIOS

Esta Póliza y cualquier endoso o documentos adjuntos, si los hay, constituyen el contrato indivisible de seguro. Ningún cambio en esta Póliza será válido hasta que sea aprobado por un funcionario ejecutivo de la Compañía y salvo que dicha aprobación sea endosada en el presente o se adjunte al mismo. Ningún agente tiene la autoridad de cambiar esta Póliza ni descartar cualquiera de sus disposiciones.

INCONTESTABILIDAD

No podemos impugnar esta Póliza, excepto por fraude o por el incumplimiento del pago de las primas.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Usted puede cambiar el beneficiario en cualquier momento al escribirnos a nuestra Oficina administrativa. Una vez que registremos el cambio, el mismo tendrá validez a partir del día en el cual firme la solicitud, sujeto a cualquier pago de reclamo efectuado antes de tal registro. No se necesitará el consentimiento del beneficiario para el cambio, a menos de que la designación del beneficiario fuese irrevocable. Todo cambio de beneficiario está sujeto a las leyes de bienes gananciales en su estado de residencia.

PAGO DE LA PRIMA

Las primas son pagaderas en nuestra Oficina administrativa. Cada prima, [después de la prima inicial de \$1.00], es pagadera por adelantado en su fecha de vencimiento o antes de la misma. La fecha de vencimiento se refiere a la fecha en la cual una prima se vence para mantener la cobertura, sin incluir el Período de Gracia. La falta de pago de cualquier prima, después de la prima inicial, en su fecha de vencimiento o antes de la misma, constituirá un incumplimiento de pago de la prima para la fecha de vencimiento.

PERÍODO DE GRACIA

Si no se paga una prima a su vencimiento, el seguro entrará en mora. Permitiremos un Período de Gracia de 31 días para pagar cada prima después de la primera. Si no se paga una prima al final del Período de Gracia o

antes de éste, se terminará el seguro, a partir del último día del período cubierto por su último pago de la prima.

No se pagarán beneficios por un Siniestro o Lesión que ocurra después de la expiración del Período de Gracia.

REANUDACIÓN

Su Póliza caducará si usted no paga su prima antes del final del Período de Gracia. Si aceptamos posteriormente una prima y no exigimos una solicitud de reanudación, ese pago volverá a activar la vigencia de la Póliza. Si exigimos una solicitud de reanudación, esta Póliza entrará de nuevo en vigencia cuando la aprobemos y recibamos la prima requerida. Si no la aprobamos, la Póliza entrará en vigencia nuevamente en el día 45 siguiente a la fecha de la solicitud de reanudación, salvo que le proporcionemos una notificación previa por escrito sobre su rechazo.

La Póliza reanudada sólo cubrirá el Siniestro debido a una Lesión causada por un accidente que ocurra después de la fecha de reanudación. En todos los demás aspectos, usted y nosotros tenemos los mismos derechos conforme a la Póliza que aplicasen antes de caducar, salvo que se agreguen condiciones especiales relacionadas con la reanudación.

NOTIFICACIÓN DE RECLAMO

Nos debe proporcionar una Notificación de Reclamo por escrito en el plazo de los 30 días siguientes a la fecha en la cual ocurra cualquier Siniestro cubierto conforme a la Póliza o lo antes posible. Usted puede proporcionar la notificación o pedirle a alguien que lo haga por usted. La notificación debe incluir su nombre y el Número de la Póliza indicado en la Lista de beneficios del Seguro. Debe enviarnos la notificación por correo a nuestra Oficina administrativa.

FORMULARIOS DE RECLAMO

Cuando recibamos la Notificación de Reclamo, enviaremos los formularios a los reclamantes para la presentación de la Prueba del Siniestro. Si no enviamos los formularios en un plazo de 15 días, el reclamante puede satisfacer el requisito de la Prueba del Siniestro al proporcionarnos una declaración por escrito en la cual describa lo ocurrido. Debemos recibir esta declaración dentro del plazo especificado para la presentación de la Prueba del Siniestro.

PRUEBA DEL SINIESTRO

Nos debe proporcionar la Prueba del Siniestro por escrito dentro de los 90 días siguientes a la fecha del Siniestro o lo antes posible subsiguientemente. No obstante, debe proporcionarla a más tardar un año contado a partir de la fecha en la cual se requiere, excepto en la ausencia de capacidad legal.

DECLARACIÓN FALSA DE LA EDAD

Si se ha declarado falsamente la edad de una Persona Cubierta, todos los importes pagaderos serán por el monto de la prima pagada que se aplicarían a la edad correcta. Si, como resultado de una declaración falsa, aceptamos una prima por cualquier período en el cual la cobertura no estaría vigente normalmente, por consiguiente, nuestra responsabilidad para tal período será de un reembolso, previa solicitud, de todas las primas pagadas para dicho período.

MOMENTO PARA EL PAGO DE LOS RECLAMOS

Pagaremos todos los beneficios cubiertos por la Póliza tan pronto como recibamos la Prueba del Siniestro adecuada por escrito, la cual sea suficiente para determinar la responsabilidad.

PAGO DE RECLAMOS

Todos los beneficios son pagaderos a usted, si vive. Los beneficios por muerte se pagarán de conformidad con la designación del Beneficiario vigente para el momento del pago. Todo beneficio, distinto a los aplicados por muerte, que no se hayan pagado a su fallecimiento, deberán pagarse a nuestra opción a su beneficiario o a su patrimonio.

REEMBOLSO DE PRIMA NO UTILIZADA

Al producirse el fallecimiento de una Persona Cubierta, reembolsaremos todas las primas pagadas por esta cobertura para la Persona Cubierta más allá del final del mes de la póliza en la que se produjo el fallecimiento. El pago se efectuará a más tardar 30 días después de que recibamos la Prueba del Siniestro adecuada por escrito.

EXAMEN FÍSICO Y AUTOPSIA

A nuestro cargo, tenemos el derecho de realizarle un examen a la Persona Cubierta cuando sea razonable y con la frecuencia razonable mientras que un reclamo esté pendiente de pago. También podremos realizar una autopsia en el caso de muerte si no lo prohíbe la ley.

ACCIONES LEGALES

No se pueden iniciar acciones para la recuperación contra la Póliza en al menos 60 días siguientes a la entrega de la Prueba del Siniestro por escrito. No se podrá iniciar ninguna acción en más de 3 años después de la fecha en la cual se requiera la Prueba del Siniestro.

CONFORMIDAD CON LOS ESTATUTOS DEL ESTADO

Las disposiciones de esta Póliza deben cumplir con las leyes del estado en el cual usted reside para la Fecha de Vigencia. Si alguna no cumpliera, deberá enmendarse como corresponda.

OTRO SEGURO EN ESTA COMPAÑÍA

Si una Persona Cubierta está asegurada conforme a más de una póliza vigente por Muerte y Desmembramiento Accidental con nosotros o con cualquier filial de AEGON en cualquier momento, nuestra responsabilidad máxima estará limitada al menor del importe total de beneficios pagaderos conforme a tales pólizas o [\$1,000,000]. Al descubrir el duplicado en exceso de nuestra responsabilidad máxima, reembolsaremos todas las primas pagadas para tales pólizas. El exceso quedará anulado y se devolverán todas las primas pagadas para tal exceso a usted o a su beneficiario.

NOTICE

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

ADVERTENCIA

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se regirán por la versión original del documento expedida en inglés.

Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.

Stonebridge Life Insurance Company

Una compañía anónima

[2700 West Plano Parkway]
[Plano, Texas 75075]

DESCRIPCIÓN REQUERIDA DE LA COBERTURA

COBERTURA PARA ACCIDENTES ÚNICAMENTE

PÓLIZA INDIVIDUAL D475

Lea su Póliza detenidamente. Esta Descripción de la Cobertura brinda un panorama muy breve de algunas de las características importantes de su Póliza. No es el contrato de seguro y sólo regirán las disposiciones contenidas en la Póliza. La Póliza establecerá, con detalles, los derechos y obligaciones de usted y de Stonebridge Life Insurance Company. ¡Por lo tanto, es importante que usted LEA SU PÓLIZA DETENIDAMENTE!

Cobertura por muerte y desmembramiento accidental. Esta categoría de cobertura está diseñada para proporcionar a las personas aseguradas los beneficios para determinados Siniestros que resulten de un accidente cubierto ÚNICAMENTE, sujeto a cualquier limitación contenida en la Póliza. No se proporciona cobertura para gastos básicos hospitalarios, médico-quirúrgicos o gastos médicos importantes debido a enfermedades.

Beneficios. Si, como resultado de una Lesión que ocurra bajo cualquiera de las circunstancias indicadas en las Partes I, II y III de la sección de Cobertura de la Póliza, y que de lo contrario no se excluya en el presente, el Asegurado Principal sufre cualquiera de los siguientes Siniestros en el plazo de los 90 días siguientes a la fecha de un accidente que cause tal Lesión, pagaremos los beneficios según se indican a continuación. Las demás Personas Cubiertas, si las hay, deben consultar los beneficios en la Lista de beneficios de la Póliza del Seguro.

SINIESTRO	BENEFICIO		
	PARTE I OPERADOR COMÚN	PARTE II VEHÍCULO	PARTE III TODAS LAS DEMÁS LESIONES
Vida			
Ambas manos o ambos pies o visión de	[*Edades 18-69:] [\$1,000,000]	[*Edades18- [\$120,000]	[*Edades18- [\$60,000]
Una mano y un pie			
Una mano y visión de un ojo			
Un pie y visión de un ojo			
Una mano o un pie o visión de un ojo	La mitad del importe de capital indicado		

*Los beneficios indicados son para el Asegurado Principal, entre las edades de 18 y 69 años. Para las personas de 70 años en adelante, los beneficios serán la mitad del importe indicado.

La Lesión debe ser causada por un accidente que ocurra mientras el seguro está vigente. Para cada Persona Cubierta se pagará sólo un beneficio, el mayor, por múltiples Siniestros que resulten de un accidente.

Exclusiones. No se pagará ningún beneficio por un Siniestro o Lesión causado como resultado de:

1. una lesión autoinflingida de manera intencional, suicidio o intento de suicidio, ya sea que esté sano o enfermo (en Missouri, mientras que esté sano);
2. cualquier participación activa en un disturbio, guerra o insurrección, declarada o no;
3. la Persona Cubierta toma o usa algún narcótico, barbitúrico o cualquier otra droga o medicamento, salvo que lo tome o utilice según lo prescriba un Médico;
4. el nivel de alcohol en la sangre de la Persona Cubierta es de [.08] en la relación porcentaje- peso por volumen, o superior;
5. la Persona Cubierta opera o viaja en cualquier clase de aeronave, excepto como pasajero que paga boleto en un vuelo comercial programado.
6. la Persona Cubierta comete o intenta cometer un delito grave o un asalto, o participa en una actividad ilegal;
7. enfermedad, discapacidad física o su tratamiento médico o quirúrgico, incluido el diagnóstico (excepto las infecciones bacterianas que resulten de una Lesión) o enfermedad o afección mental.
8. envenenamiento o inhalación de gas tomado, administrado o inhalado de manera voluntaria; o
9. tomar alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante.

Renovabilidad. Esta Póliza no puede cancelarse de por vida.

NOTICE

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

ADVERTENCIA

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se regirán por la versión original del documento expedida en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.

SOLICITUD

¡SÍ! Estoy solicitando la cobertura para [mí y mis familiares elegibles (si se selecciona un plan familiar)] para este [Plan opcional de seguro por muerte y desmembramiento accidental]. La cobertura que deseo es:

[01H] [Cobertura Familiar a \$X.XX al mes] [01G] [Cobertura Individual a \$X.XX al mes]

[Nota: las tasas indicadas son para la renovación después de su período de revisión de xx días.]

Entiendo que si envío mi solicitud y no selecciono una opción de arriba, quedaré inscrito para la cobertura individual. [También entiendo que los beneficios se reducirán por la mitad cuando una persona cubierta alcance la edad de 70 años. Nunca se podrá cancelar mi cobertura siempre que pague mis primas regulares y mis primas nunca podrán aumentarse.] Puedo discontinuar mi cobertura en cualquier momento. Mi cobertura entrará en vigencia en la fecha indicada en la [Lista de beneficios de la póliza de seguro. He leído la notificación de fraude en el reverso de esta solicitud, pues ésta se aplica a mi estado de residencia.]

[Nombre _____] [Fecha de nacimiento ____/____/____]
[Mes] [Día] [Año]

[Dirección _____]

[Ciudad _____][Estado_ Código postal:_____]

[] [Masculino] [] [Femenino] [Teléfono: _____]

[Beneficiario que recibirá el pago a mi muerte:] [Relación del Beneficiario conmigo:]

[_____
[(Primer nombre)] [(Inicial del segundo nombre)] [(Apellido)]

Firma del Solicitante X _____ Fecha ____/____/____
[Mes] [Día] [Año]

Stonebridge Life Insurance Company • Sede principal: Rutland, Vermont
IGA026 Oficina administrativa: [2700 West Plano Parkway • Plano, Texas 75075-8200]

NOTICE

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

ADVERTENCIA

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se regirán por la versión original del documento expedida en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.

[Residentes de ARKANSAS, NEW MEXICO y OHIO: Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude de seguro.

Residentes del DISTRITO DE COLUMBIA: ADVERTENCIA: Constituye un delito proporcionar información falsa o engañosa a un asegurador con el fin de defraudar a éste o a cualquier otra persona. Entre las sanciones se incluyen el encarcelamiento y/o multas. Adicionalmente, el asegurador puede rechazar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información sustancialmente falsa con relación a un reclamo.

Residentes de FLORIDA: Toda persona que a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito de tercer grado.

Residentes de KENTUCKY: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito grave.

Residentes de LOUISIANA: Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o engañoso para el pago de un siniestro o beneficio, o quien a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede quedar sujeta a sanciones y encarcelamiento.

Residentes de MAINE y TENNESSEE: Constituye un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla. Entre las sanciones se incluyen el encarcelamiento, penalidades o el rechazo de los beneficios del seguro.

Residentes de NEW JERSEY: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Residentes de NEW YORK: Toda persona que a sabiendas o con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contengan información falsa u oculte con el fin de engañar, información relacionada con cualquier material de hecho con respecto al presente, cometerá un acto fraudulento de seguro, el cual es un delito y someterá a dicha persona a sanciones civiles que no se excederán de cinco mil dólares y del valor indicado en el reclamo por cada violación.

Residentes de PENNSYLVANIA: Toda persona que a sabiendas o con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contengan información falsa u oculte con el fin de engañar, información relacionada con cualquier material de hecho con respecto al presente, cometerá un acto fraudulento de seguro, el cual es un delito y someterá a dicha persona a sanciones civiles y penales.]

SOLICITUD

¡Sí! Estoy solicitando la cobertura para [mí y mis familiares elegibles (si se selecciona un plan familiar)] para este [Plan opcional de seguro por muerte y desmembramiento accidental]. La cobertura que deseo es:

[01H Cobertura familiar a \$X.XX por mes] [01G Cobertura individual a \$X.XX por mes]
[Nota: las tasas indicadas son para la renovación después de su período de revisión de xx días.]

Entiendo que si envío mi solicitud y no selecciono una opción de arriba, quedaré inscrito para la cobertura individual. [También entiendo que los beneficios se reducen a la mitad cuando una persona cubierta alcanza la edad de 70 años. Mi cobertura nunca puede cancelarse en tanto pague mis primas y mis primas nunca pueden aumentarse]. Puedo discontinuar mi cobertura en cualquier momento. Mi cobertura entrará en vigencia en la fecha indicada en la [Lista de beneficios de la póliza de seguro]. [He leído la notificación de fraude al dorso de esta solicitud en cuanto a la aplicación en mi estado de residencia].

[Nombre] [Juan Pérez] [Fecha de nacimiento] [03 / 12 / 1971]
[Mes Día Año]

[Dirección] [1234 Cualquier calle]

[Ciudad] [Cualquier pueblo] [Estado] [EE.UU.] [Código postal] [12345]

[Masculino] [Femenino] [Teléfono:] [(123) 456-7890]

[Beneficiario que recibirá el pago a mi muerte:] [Relación del Beneficiario conmigo:]

[Juana A. Pérez] [Cónyuge]
[(Primer nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)]

Toda persona que, con la intención de defraudar o que a sabiendas facilita un fraude contra una compañía de seguros, presenta una solicitud o realiza un reclamo que contenga información falsa o engañosa es culpable de un fraude de seguro.

Firma del Solicitante X [Juan Pérez] [Fecha] [03 / 24 / 2006]
[Mes Día Año]

Stonebridge Life Insurance Company • Sede principal: Rutland, Vermont
IGA026AR Oficina administrativa: [2700 West Plano Parkway • Plano, Texas 75075-8200]

NOTICE

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

ADVERTENCIA

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se regirán por la versión original del documento expedida en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.

<i>SERFF Tracking Number:</i>	<i>AEGX-126117613</i>	<i>State:</i>	<i>Arkansas</i>
<i>Filing Company:</i>	<i>Stonebridge Life Insurance Company</i>	<i>State Tracking Number:</i>	<i>42153</i>
<i>Company Tracking Number:</i>	<i>HA AR0033415F02</i>		
<i>TOI:</i>	<i>H03I Individual Health - Accidental Death & Dismemberment</i>	<i>Sub-TOI:</i>	<i>H03I.000 Health - Accidental Death & Dismemberment</i>
<i>Product Name:</i>	<i>Accidental Death</i>		
<i>Project Name/Number:</i>	<i>Accidental Death/HA AR0033415F02</i>		

Supporting Document Schedules

Satisfied -Name:	Flesch Certification	Review Status:	Approved-Closed	05/04/2009
Comments:				
Attachment:				
	AR - READABILITY CERTIFICATION.PDF			

Bypassed -Name:	Application	Review Status:	Approved-Closed	05/04/2009
Bypass Reason:	N/A - The Applications for this filing are attached to the Forms Schedule.			
Comments:				

Bypassed -Name:	Health - Actuarial Justification	Review Status:	Approved-Closed	05/04/2009
Bypass Reason:	N/A			
Comments:				

Bypassed -Name:	Outline of Coverage	Review Status:	Approved-Closed	05/04/2009
Bypass Reason:	N/A - The Outline of Coverage is attached to the Forms Schedule.			
Comments:				

Satisfied -Name:	D475AR Spanish Certification	Review Status:	Approved-Closed	05/04/2009
Comments:				
Attachment:				
	D475AR Spanish Certification.PDF			

Satisfied -Name:	OC D475 Spanish Certification	Review Status:	Approved-Closed	05/04/2009
Comments:				
Attachment:				

SERFF Tracking Number: AEGX-126117613 *State:* Arkansas
Filing Company: Stonebridge Life Insurance Company *State Tracking Number:* 42153
Company Tracking Number: HA AR0033415F02
TOI: H03I Individual Health - Accidental Death & *Sub-TOI:* H03I.000 Health - Accidental Death &
Dismemberment Dismemberment
Product Name: Accidental Death
Project Name/Number: Accidental Death/HA AR0033415F02

OC D475 Spanish Certification.PDF

SERFF Tracking Number: AEGX-126117613 State: Arkansas
Filing Company: Stonebridge Life Insurance Company State Tracking Number: 42153
Company Tracking Number: HA AR0033415F02
TOI: H03I Individual Health - Accidental Death & Sub-TOI: H03I.000 Health - Accidental Death &
Dismemberment Dismemberment
Product Name: Accidental Death
Project Name/Number: Accidental Death/HA AR0033415F02

Satisfied -Name: IGA026 Spanish Certification **Review Status:** Approved-Closed 05/04/2009
Comments:
Attachment:
IGA026 Spanish Certification.PDF

Satisfied -Name: IGA026AR Spanish Certification **Review Status:** Approved-Closed 05/04/2009
Comments:
Attachment:
IGA026AR Spanish Certification.PDF

Satisfied -Name: IGA020-B Spanish Certification **Review Status:** Approved-Closed 05/04/2009
Comments:
Attachment:
IGA020-B Spanish Certification.PDF

Satisfied -Name: Cover Letter **Review Status:** Approved-Closed 05/04/2009
Comments:
Attachment:
Cover Letter.PDF

Satisfied -Name: AR - NAIC TRANSMITTAL **Review Status:** Approved-Closed 05/04/2009
DOCUMENT
Comments:
Attachment:
AR - NAIC TRANSMITTAL DOCUMENT.PDF

Review Status:

SERFF Tracking Number: AEGX-126117613 State: Arkansas
Filing Company: Stonebridge Life Insurance Company State Tracking Number: 42153
Company Tracking Number: HA AR0033415F02
TOI: H03I Individual Health - Accidental Death & Sub-TOI: H03I.000 Health - Accidental Death &
Dismemberment Dismemberment
Product Name: Accidental Death
Project Name/Number: Accidental Death/HA AR0033415F02
Satisfied -Name: AR - NAIC FORM FILING Approved-Closed 05/04/2009
ATTACHMENT

Comments:

Attachment:

AR - NAIC FORM FILING ATTACHMENT.PDF

STATE OF ARKANSAS
READABILITY CERTIFICATION

COMPANY NAME: Stonebridge Life Insurance Company

This is to certify that the form(s) referenced below has achieved a Flesch Reading Ease Score as indicated below and complies with the requirements of Ark. Stat. Ann. Section 66-3251 through 66-3258, cited as the Life and Disability Insurance Policy Language Simplification Act.

Form Number	Score
D475AR	47.2
OC D475	45.9
IGA026	45.9
IGA026AR	45.9
IGA020-B	54.5



Signed: _____

Name: Edward G. Weigand

Title: Assistant Secretary

Date: April 14, 2009

Alta Language Services, Inc.

Translation Certification

Document: D475AR as filed -
Spanish Translation

Aegon Direct Marketing Services

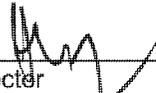
Original Language: English
Target Language: Spanish
Project Manager: Véronique Cauvin
Job Number: 50485

Sworn and subscribed before me
on March 5, 2009



Notary Public, Cobb County, Georgia
My commission expires March 26, 2009

This is to certify that this is a true
and accurate Spanish translation of the
original English document, to the
best of my knowledge.



Director
ALTA Language Services, Inc.
3355 Lenox Road, Suite 510
Atlanta, GA 30326
(404) 504-0200



Alta Language Services, Inc.

Translation Certification

Document: OC D475 Insurance Certification-
Spanish Translation

Aegon Direct Marketing Services

Original Language: English
Target Language: Spanish
Project Manager: Véronique Cauvin
Job Number: 50279

Sworn and subscribed before me
on February 12, 2009



Notary Public, Cobb County, Georgia
My commission expires March 26, 2009

This is to certify that this is a true
and accurate Spanish translation of the
original English document, to the
best of my knowledge.



Director
ALTA Language Services, Inc.
3355 Lenox Road, Suite 510
Atlanta, GA 30326
(404) 504-0200



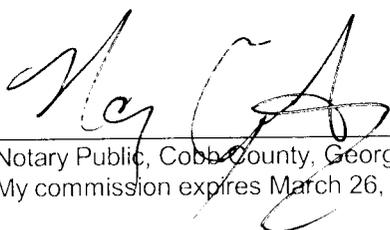
Alta Language Services, Inc. Translation Certification

Document: IGA026 Enrollment Form –
Spanish Translation

Aegon Direct Marketing Services

Original Language: English
Target Language: Spanish
Project Manager: Véronique Cauvin
Job Number: 50411

Sworn and subscribed before me
on February 18, 2009



Notary Public, Cobb County, Georgia
My commission expires March 26, 2009

This is to certify that this is a true
and accurate Spanish translation of the
original English document, to the
best of my knowledge.

Director
ALTA Language Services, Inc.
3355 Lenox Road, Suite 510
Atlanta, GA 30326
(404) 504-0200



Alta Language Services, Inc.

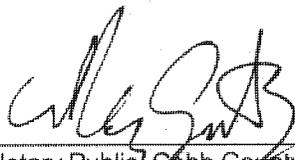
Translation Certification

Document: IGA026AR -
Spanish Translation

Aegon Direct Marketing Services

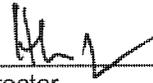
Original Language: English
Target Language: Spanish
Project Manager: Véronique Cauvin
Job Number: 50485

Sworn and subscribed before me
on March 5, 2009



Notary Public, Cobb County, Georgia
My commission expires March 26, 2009

This is to certify that this is a true
and accurate Spanish translation of the
original English document, to the
best of my knowledge.



Director
ALTA Language Services, Inc.
3355 Lenox Road, Suite 510
Atlanta, GA 30326
(404) 504-0200



Alta Language Services, Inc.

Translation Certification

Document: IGA020-B -
Spanish Translation

Aegon Direct Marketing Services

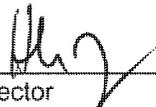
Original Language: English
Target Language: Spanish
Project Manager: Véronique Cauvin
Job Number: 50485

Sworn and subscribed before me
on March 5, 2009



Notary Public, Cobb County, Georgia
My commission expires March 26, 2009

This is to certify that this is a true
and accurate Spanish translation of the
original English document, to the
best of my knowledge.



Director
ALTA Language Services, Inc.
3355 Lenox Road, Suite 510
Atlanta, GA 30326
(404) 504-0200





STONEBRIDGE LIFE
Insurance Company
2700 West Plano Parkway • Plano, Texas 75075-8200

April 14, 2009

The Honorable Jay Bradford
Commissioner of Insurance
Arkansas Insurance Department
Life & Health Division
1200 W. 3rd St.
Little Rock AR 72201-1904

Attention: Ms. Rosalinda Minor

RE: Stonebridge Life Insurance Company
NAIC # 0468-65021
FEIN: 03-0164230
Individual Accidental Death and Dismemberment Policy D475AR – Spanish Translation
Application IGA026 – Spanish Translation
Application IGA026AR – Spanish Translation
Application IGA020-B – Spanish Translation
Certification Numbers 50485, 50279 and 50411

Dear Commissioner:

Enclosed for your information are the Spanish translations of Individual Accidental Death and Dismemberment Policy D475AR and Applications IGA026, IGA020AR, and IGA020-B. The English version of forms D475AR, IGA026 and IGA206AR were approved by your Department on October 4, 2007. Application IGA020-B was approved by your Department on November 22, 2000. Also enclosed are copies of the Certifications from Alta Language Services, Inc. stating that the translated documents are a true and accurate Spanish translation of the original English document.

The Company has reviewed the enclosed policy forms and certifies that each form submitted meets the provisions of Rule 19 as well as all applicable requirements of the Arkansas Insurance Department.

We request the ability to use these forms in various dimensions, format and shading/colors. No dimension/format/shading/color change would produce unacceptable print.

Completed filing forms are attached. Our filing fee is being sent via EFT.

I respectfully request your favorable review. Should you have any questions, please feel free to call us toll free at (877) 527-6444, Extension 6289 or contact me by e-mail at mfrei@aegonusa.com.

Sincerely,

STONEBRIDGE LIFE INSURANCE COMPANY

A handwritten signature in cursive script that reads "Margaret Frei".

Margaret Frei, ACS, AIRC, ACP, CCP, HIA, HCSA

Attachments

Life, Accident & Health, Annuity, Credit Transmittal Document

1.	Prepared for the State of	Arkansas
-----------	----------------------------------	----------

2.	Department Use Only	
	State Tracking ID	

3. Insurer Name & Address	Domicile	Insurer License Type	NAIC Group #	NAIC #	FEIN #	State #
Stonebridge Life Insurance Company 29 South Main Street Rutland VT 05701-5014	VT		468	65021	03-0164230	

4. Contact Name & Address	Telephone #	Fax #	E-mail Address
Margaret A. Frei, AIRC, ACS, ACP 2700 W Plano Parkway Plano TX 75075	877-527-6444 Ext. 6289	972-881-4097	mfrei@aegonusa.com

5. Requested Filing Mode	<input type="checkbox"/> Review & Approval <input type="checkbox"/> File & Use <input checked="" type="checkbox"/> Informational <input type="checkbox"/> Combination (please explain): _____ <input type="checkbox"/> Other (please explain): _____
--------------------------	--

6. Company Tracking Number	HA AR0033415F02
-----------------------------------	-----------------

7.	<input type="checkbox"/> New Submission <input type="checkbox"/> Resubmission Previous file # _____
-----------	--

8. Market	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Franchise	
	Group	<input type="checkbox"/> Small <input type="checkbox"/> Large <input type="checkbox"/> Small and Large <input type="checkbox"/> Employer <input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Blanket <input type="checkbox"/> Discretionary <input type="checkbox"/> Trust <input type="checkbox"/> Other: _____

9. Type of Insurance	H03I Individual Health - Accidental Death & Dismemberment
-----------------------------	---

10. Product Coding Matrix Filing Code	H03I.000 Health - Accidental Death & Dismemberment
--	--

11. Submitted Documents	<input type="checkbox"/> FORMS <input type="checkbox"/> Policy <input type="checkbox"/> Outline of Coverage <input type="checkbox"/> Certificate <input type="checkbox"/> Application/Enrollment <input type="checkbox"/> Rider/Endorsement <input type="checkbox"/> Advertising <input type="checkbox"/> Schedule of Benefits <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> RATES <input type="checkbox"/> New Rate <input type="checkbox"/> Revised Rate <input type="checkbox"/> FILING OTHER THAN FORM OR RATE: Please explain: _____ SUPPORTING DOCUMENTATION <input type="checkbox"/> Articles of Incorporation <input type="checkbox"/> Third Party Authorization <input type="checkbox"/> Association Bylaws <input type="checkbox"/> Trust Agreement <input type="checkbox"/> Statement of Variability <input type="checkbox"/> Certifications <input type="checkbox"/> Actuarial Memorandum <input type="checkbox"/> Other: _____
--------------------------------	---

12.	Filing Submission Date	
13.	Filing Fee (If required)	Amount _____ Check Date _____ Retaliatory <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Check Number _____
14.	Date of Domiciliary Approval	
15.	Filing Description:	
<p>RE: Stonebridge Life Insurance Company NAIC # 0468-65021 FEIN: 03-0164230 Individual Accidental Death and Dismemberment Policy D475AR - Spanish Translation Application IGA026 - Spanish Translation Application IGA026AR - Spanish Translation Application IGA020-B - Spanish Translation Certification Numbers 50485, 50279 and 50411</p> <p>Dear Commissioner:</p> <p>Enclosed for your information are the Spanish translations of Individual Accidental Death and Dismemberment Policy D475AR and Applications IGA026, IGA020AR, and IGA020-B. The English version of forms D475AR, IGA026 and IGA206AR were approved by your Department on October 4, 2007, SERFF Filing # AEGX-125302455. Application IGA020-B was approved by your Department on November 22, 2000. Also enclosed are copies of the Certifications from Alta Language Services, Inc. stating that the translated documents are a true and accurate Spanish translation of the original English document.</p> <p>The Company has reviewed the enclosed policy forms and certifies that each form submitted meets the provisions of Rule 19 as well as all applicable requirements of the Arkansas Insurance Department.</p> <p>We request the ability to use these forms in various dimensions, format and shading/colors. No dimension/format/shading/color change would produce unacceptable print.</p> <p>Completed filing forms are attached. Our filing fee is being sent via EFT.</p> <p>I respectfully request your favorable review. Should you have any questions, please feel free to call us toll free at (877) 527-6444, Extension 6289 or contact me by e-mail at mfrei@aegonusa.com.</p> <p>Sincerely,</p> <p>STONEBRIDGE LIFE INSURANCE COMPANY Margaret Frei, ACS, AIRC, ACP, CCP, HIA, HCSA</p> <p>Attachments</p>		

16.	Certification (If required)	
<p>I HEREBY CERTIFY that I have reviewed the applicable filing requirements for this filing, and the filing complies with all applicable statutory and regulatory provisions for the state of <u>Arkansas</u>.</p>		
<p>Print Name <u>Margaret A. Frei, AIRC, ACS, ACP</u> Title <u>Filing Specialist</u></p>		
<p>Signature <u></u> Date _____</p>		

17.	Form Filing Attachment	
This filing transmittal is part of company tracking number	HA AR0033415F02	
This filing corresponds to rate filing company tracking number		

	Document Name	Form Number		Replaced Form Number
	Description			Previous State Filing Number
01	Individual Accidental Death and Dismemberment Policy	D475AR	<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Revised <input checked="" type="checkbox"/> Other Spanish Translation of original form	
02	Outline of Coverage	OC D475	<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Revised <input checked="" type="checkbox"/> Other Spanish translation of original form	
03	Application	IGA026	<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Revised <input checked="" type="checkbox"/> Other Spanish translation of original form	
04	Application	IGA026AR	<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Revised <input checked="" type="checkbox"/> Other Spanish translation of original form	
05	Application	IGA020-B	<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Revised <input checked="" type="checkbox"/> Other Spanish translation of original form	
06			<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Revised <input type="checkbox"/> Other _____	
07			<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Revised <input type="checkbox"/> Other _____	
08			<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Revised <input type="checkbox"/> Other _____	
09			<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Revised <input type="checkbox"/> Other _____	
10			<input type="checkbox"/> Initial	

Effective January 1, 2009

17.	Form Filing Attachment	
This filing transmittal is part of company tracking number		HA AR0033415F02
This filing corresponds to rate filing company tracking number		

	Document Name	Form Number		Replaced Form Number
	Description			Previous State Filing Number
			<input type="checkbox"/> Revised <input type="checkbox"/> Other _____	
11			<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Revised <input type="checkbox"/> Other _____	